

А.А. Ильин, А.А. Сметанникова, М.А. Михайлова, Т.М. Богданова, М.С. Синькеев

КОММУНИКАТИВНАЯ СВЯЗЬ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В РЕАЛИЯХ XXI ВЕКА

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Минздрава РФ, Саратов, Россия

Контактное лицо: Ильин Алексей Анатольевич: iljin2006@yandex.ru

Резюме

В статье исследуется коммуникативный феномен взаимодействия между врачом и пациентом как краеугольный камень эффективной медицинской помощи. Проанализирована типология врачей по стилю коммуникации и профессиональной ориентации (коммуникатор, соматоцентрический, инструментально-аналитический тип), а также систематизированы модели общения (инженерная, патерналистская, коллегияльная, контрактная и др.). Особое внимание уделено взаимосвязи типа личности врача и формируемого языка с пациентом и приводятся примеры ситуационных диалогов между пациентом и доктором. Рассмотрены психологические аспекты внутренней картины болезни и типы отношения пациентов к заболеванию.

Представлены практические рекомендации по построению эффективной коммуникации с различными типами пациентов. Сделан вывод о том, что коммуникативная компетентность является ключевым профессиональным качеством врача, определяющим эффективность медицинской помощи.

Ключевые слова: *врачебная коммуникация, типология врачей, семиотика медицинского приема, внутренняя картина болезни, терапевтический альянс, пациентоориентированный подход*

Для цитирования: Ильин А.А., Сметанникова А.А., Михайлова М.А., Богданова Т.М., Синькеев М.С. Коммуникативная связь врача и пациента в реалиях XXI века // Клинический вестник ФМБЦ им. А.И. Бурназяна 2026. №1. С. 95–101. DOI: 10.33266/2782-6430-2026-1-95-101

А.А. Ilyin, A.A. Smetannikova, M.A. Mikhailova, T.M. Bogdanova, M.S. Sinkeev

The Doctor-Patient Relationship in the Realities of the XXI Century

Internal Diseases Saratov State Medical University Named after Razumovsky, Saratov, Russia

Contact person: Ilyin Alexey Anatolyevich: iljin2006@yandex.ru

Abstract

The article examines the communicative phenomenon of doctor-patient interaction as the cornerstone of effective medical care. The typology of doctors based on communication style and professional orientation (communicator, somatocentric, instrumental-analytical type) is analyzed, and communication models (engineering, paternalistic, collegial, contractual, etc.) are systematized. Special attention is paid to the relationship between the physician's personality type and the communication style formed with the patient, along with examples of situational dialogues between patient and doctor. The psychological aspects of the internal picture of illness and types of patient attitudes toward the disease are considered.

Practical recommendations for building effective communication with various patient types are presented. It is concluded that communicative competence is a key professional quality of a physician, determining the effectiveness of medical care.

Keywords: *medical communication, physician typology, semiotics of medical consultation, internal picture of disease, therapeutic alliance, patient-centered*

For citation: Ilyin AA, Smetannikova AA, Mikhailova MA, Bogdanova TM, Sinkeev MS. The Doctor-Patient Relationship in the Realities of the XXI Century . A.I. Burnasyan Federal Medical Biophysical Center Clinical Bulletin. 2026.1:95-101. (In Russian) DOI: 10.33266/2782-6430-2026-1-95-101

Введение

Эффективное взаимодействие врача и пациента является фундаментальным условием для успешного лечения и высокой удовлетворённости медицинской помощью. Качество этой коммуникации напрямую влияет на точность диагностики, приверженность пациента лечению и конечные терапевтические результаты.

Актуальностью исследования данной проблемы является эмоциональное напряжение, которое часто мешает врачу и пациенту понять друг друга. Раздражение, тревога или усталость могут помешать конструктивному разговору и совместной работе над лечением, а также объективная потребность в улучшении клинических показателей и эффективности здравоохранения [1].

Материалы и методы

Проведен систематический анализ научной литературы по проблемам медицинской коммуникации, психологии взаимоотношений в диаде «врач-пациент» и семиотики медицинского приема. Использованы методы сравнительного анализа, классификации и систематизации данных [2].

Типология отношения пациента к болезни и врачам

Фундамент для современного понимания субъективного опыта заболевания был заложен в 1935 году выдающимся советским терапевтом и психологом Романом Лурия, который ввел в научный оборот комплексное понятие «внутренней картины болезни». Под этим термином подразумевается целостное, глубоко личностное образование, включающее весь спектр переживаний пациента: от соматических ощущений и эмоциональных реакций до интеллектуального осмысления своего состояния, его причин и последствий [3].

Значительный вклад в развитие данной концепции был внесен в 1980 году научным коллективом Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством профессора Андрея Личко. Ими была разработана и эмпирически обоснована типология отношения к болезни, включающая 12 специфических психологических типов реагирования. Эта классификация, актуальная и по сей день, предоставляет клиницистам и медицинским психологам строгий научный инструментарий для анализа поведенческих моделей пациентов и понимания их адаптационных стратегий [4].

Отношение к болезни представляет собой сложный, многоуровневый компонент внутренней картины болезни, интегрирующийся в социальную ситуацию развития заболевания.

Оно включает в себя следующие ключевые аспекты.

1. Интраперсональный аспект – отношение к собственным физическим ощущениям и эмоциональным переживаниям; восприятие себя как личности в условиях изменившегося здоровья; реакция на информацию о диагнозе и прогнозе;

2. Интерперсональный аспект – изменение характера взаимоотношений с окружающими (семьей, коллегами), включая проекцию собственных ожиданий и представлений о том, как другие воспринимают его болезнь;

3. Социально-деятельностный аспект – отношение к необходимости выполнения новых социальных ролей (больного, пациента); переоценка значимости учебы, работы и самого процесса лечения;

4. Временной аспект – переосмысление своего прошлого, настоящего и будущего в контексте заболевания; построение новых жизненных перспектив и планов [5].

Для целей клинической практики все многообразие типов отношения к болезни можно условно разделить на две крупные категории по доминирующему механизму восприятия информации и

эмоционального реагирования: рационально-адаптивными и аффективно-дезадаптивными типами.

Рационально-адаптивные типы характеризуются относительной сохранностью критического мышления и способностью к конструктивному сотрудничеству с врачом.

К ним относятся:

– гармоничным – отличается трезвой, реалистичной оценкой своего состояния, активным стремлением содействовать лечению и переключением интересов на доступные сферы жизни при неблагоприятном прогнозе;

– эргопатический – демонстрирует «уход от болезни в работу», гиперконцентрацию на профессиональной деятельности, что может приводить к избирательному соблюдению врачебных рекомендаций;

– анозогностический – проявляется в активном или пассивном отрицании болезни, ее тяжести и необходимости лечения. *Важно дифференцировать истинную анозогнозию (часто связанную с низким интеллектуальным уровнем) от псевдоанозогнозии – психологической защиты по типу вытеснения, а также от алекситимии – неспособности вербализовать свои чувства [6];

– тревожный – характеризуется повышенным беспокойством, мнительностью и поиском информации. Несмотря на тревогу, такие пациенты сохраняют социальную адаптацию и следуют указаниям врача.

Клиническое значение: с пациентами эргопатического и анозогностического типов необходимо выстраивать особую коммуникативную стратегию, так как они склонны к преждевременному прекращению терапии. Эффективным методом является привлечение родственников к контролю за лечением [7].

Аффективно-дезадаптивные типы отличаются доминированием интенсивных, часто иррациональных эмоций, которые серьезно затрудняют лечебный процесс и взаимодействие с медицинским персоналом.

В эту группу входят:

– ипохондрический – сверхценная концентрация на субъективных ощущениях, сочетание жадности обследования с неверием в его результаты;

– неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости»: вспышки гнева, нетерпеливость, сменяющиеся раскаянием;

– меланхолический – устойчивое депрессивное состояние, пессимизм, полное неверие в возможность выздоровления;

– апатический – глубокая абулия и безразличие к исходу болезни, пассивное подчинение процедурам;

– сенситивный – чрезмерная озабоченность мнением окружающих, страх стать обузой, быть воспринятым как неполноценный;

– эгоцентрический – использование своего состояния для манипуляции и привлечения тотального внимания;

– паранойяльный – интерпретация болезни как результата чьего-то злого умысла, а лечения как вреда; подозрительность к врачам;

– дисфорический – доминирование мрачно-озлобленного настроения, агрессия по отношению к здоровым людям [8];

Таким образом, заболевание провоцирует трансформацию не только на соматическом, но и на личностном уровне. Формирующаяся внутренняя картина болезни, проявляющаяся в специфическом типе отношения к ней, кардинальным образом меняет систему отношений человека с самим собой, его социальное функционирование и поведение. Понимание данной типологии является важной для построения эффективной терапевтической коммуникации, разработки индивидуальных реабилитационных программ и, в конечном итоге, повышения качества и результативности медицинской помощи [9].

Типология врачей по стилю коммуникации с пациентом

Анализ современной клинической практики позволяет выделить несколько ключевых типов врачей, различающихся по своей коммуникативной стратегии и источнику получения диагностически значимой информации.

1. Коммуникатор.

Данный тип ориентирован, в первую очередь, на личность пациента и психосоциальный контекст его заболевания. Врачи-коммуникаторы обладают высокоразвитыми эмпатическими способностями, легко устанавливают доверительный контакт и эффективно используют вербальные и невербальные каналы общения. Они склонны рассматривать пациента как партнера, активно привлекают его к сбору анамнеза и обсуждению плана лечения. Основным диагностическим инструментом и источником доверия для них является беседа и интуитивное понимание переживаний больного [10].

2. Соматоцентрический тип.

Врачи этого типа сконцентрированы на физическом теле пациента и его объективных проявлениях болезни. Их внимание направлено на соматические симптомы, данные физикального осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация) и телесные маркеры заболевания [11]. Они доверяют прежде всего своему клиническому опыту общения с «телом» пациента, часто являясь виртуозами диагностики «у постели больного». Коммуникация при этом может носить более функциональный и директивный характер, будучи подчиненной цели точной физикальной диагностики.

3. Инструментально-аналитический тип.

Данный стиль характеризуется фиксацией на технологических аспектах медицины. Врачи-«информационисты» рассматривают объективные данные инструментальных и лабораторных исследований (КТ, МРТ, анализы крови) как единственно надежную и бесспорную основу для постановки диагноза и принятия клинических решений. Их коммуникация с пациентом часто минимизирована и формализована, так как основной диалог происходит не с человеком, а с данными его обследований. Риском данного подхода является деперсонализация пациента и снижение его вовлеченности в терапевтический процесс [12].

Представленная типология не является жесткой и часто в практике одного специалиста сочетаются черты разных типов. Однако доминирование того или иного стиля определяет специфику взаимоотношений с пациентом, влияет на уровень взаимного доверия и, в конечном счете, на эффективность лечения. Современные тенденции в медицине, такие как внедрение биопсихосоциальной модели и принципов партнерского взаимодействия, повышают ценность коммуникативной компетентности, делая тип «Коммуникатора» наиболее адаптивным к вызовам времени. Понимание этих типов позволяет целенаправленно развивать навыки врача, компенсируя слабые стороны и усиливая сильные для обеспечения комплексного подхода [24].

Модели общения врача и пациента

Также существуют разные модели общения врача и пациента:

Инженерная. Врач воспринимает пациента безлично, как сломавшийся механизм, нуждающийся в ремонте. Такая модель не допускает обсуждения процесса лечения.

Патерналистская. Подразумевает стиль общения, сходный с отношениями родителя и ребёнка. Врач относится к пациенту с заботой и вниманием, но вместе с тем может проявлять настойчивость и в определённом смысле диктовать своему подопечному правила лечения.

Коллегиальная. Между врачом и пациентом преобладает принцип равноправия. Доктор обязуется предоставить максимально полную, правдивую информацию о состоянии пациента и всех возможных методах диагностики и лечения, а пациент участвует в обсуждении этой информации и высказывает свои идеи по поводу оптимизации лечебного процесса.

Контрактная. Подразумевает отношения клиента и исполнителя. Врач, как поставщик услуг, старается максимально удовлетворить запросы клиента, чтобы тот в будущем снова обратился в данное лечебное учреждение.

Формально-ролевая. Общение, при котором обе стороны действуют строго в рамках своих социальных ролей («врач» – «пациент»), используя стандартные, часто обезличенные модели поведения. Личностные особенности, эмоции и индивидуальный контекст при этом игнорируются. Этот тип может быть эффективен в ситуациях массового приема или рутинных процедур, но несет риск пропустить важные нюансы за шаблоном формальностей [13].

Ситуационный диалог:

Врач: «Здравствуйте. На что жалуетесь?»

Пациент: «Доктор, у меня голова болит и слабость».

Врач: «Давление измеряли? Температура? Принимали какие-то таблетки?»

Пациент: «Нет, не измерял. Выпил цитрамон, не помогло».

Врач: «Измерьте давление. Сдайте общий анализ крови. На следующей неделе - на прием. Следующий!»;

Примитивная. Взаимодействие, при котором одна или обе стороны преследуют узкую, часто корыстную цель, не связанную с лечением (получение справки, листа нетрудоспособности, выгоды). Профессиональная этика и интересы пациента игнорируются [23]. Такой тип общения наносит ущерб репутации медицины и является недопустимым.

Ситуационный диалог:

Пациент: «Доктор, мне бы больничный на неделю, просто отдохнуть надо, а на работе завал».

Врач: «Жалоб-то у вас никаких нет. Оснований для листа нетрудоспособности не вижу».

Пациент: «Я понимаю... Может, как-то решим? Я готов “благодарность” выразить».

Врач: «Прошу покинуть мой кабинет. Если вас что-то действительно беспокоит - я готов оказать помощь. В противном случае – до свидания».

Деловая. Наиболее продуктивный тип взаимодействия, при котором врач и пациент выступают как партнеры, объединенные общей целью – здоровьем пациента. Врач объясняет, советуется, мотивирует, но окончательное решение принимает совместно с информированным пациентом. Учитываются не только симптомы, но и образ жизни пациента [14].

Ситуационный диалог:

Врач: «Мария Ивановна, по результатам обследования я вижу несколько вариантов лечения. Мы можем попробовать консервативную терапию, но это потребует строгого соблюдения диеты и приема препаратов. Есть и хирургический вариант, он радикальнее, но требует реабилитации. Давайте вместе взвесим все “за” и “против” конкретно для вашей

ситуации. Что для вас важнее – избежать операции или быстрее восстановиться?».

Манипулятивная. Стыль, при котором врач, часто из благих побуждений, пытается добиться нужного поведения пациента через скрытое управление его чувствами (страх, вина, долг). Тактика включает преувеличение рисков, давление на жалость или чувство ответственности. Хотя может дать краткосрочный эффект, подрывает долгосрочное доверие и вызывает сопротивление [14].

Ситуационный диалог:

Врач: «Сергей Владимирович, если вы прямо сейчас не ляжете в больницу и не начнете это лечение, я снимаю с себя всю ответственность! Вы же понимаете, что ваши дети могут остаться без отца? Вы хотите этого?».

Духовная. Глубокий уровень взаимодействия, предполагающий искреннее сопереживание и интерес к личности пациента, его ценностям и страхам. Применяется не всегда, а в критических, терминальных или психологически сложных ситуациях (онкология, паллиатив, тяжелые диагнозы). Позволяет оказать не только медицинскую, но и психологическую поддержку.

Ситуационный диалог:

Пациентка: «Доктор, я так боюсь этой операции... А если я не проснусь?»

Врач: (присаживается напротив, устанавливает зрительный контакт) «Я понимаю ваш страх, это абсолютно нормальная реакция. Давайте поговорим об этом. Что именно вас пугает больше всего? Расскажите, я вас слушаю».

Таблица

Группы пациентов по типу восприятия информации
Groups of patients by type of information perception

Тип пациента	Советы врачу
Ипохондрический	Пациенту необходимо предоставить адекватную информацию о заболевании и лечении. По возможности следует предупредить родственника ипохондрика о том, что он может надоедать всем членам семьи бесконечными жалобами. Врачу нужно проявлять терпимость к такому пациенту, но иногда проявлять жесткость, сказав: «вам не нужно больше обращаться к врачу, вы здоровы». Также ипохондрику можно порекомендовать сменить образ жизни, найти хобби – возможно, таким образом у него будет меньше времени, чтобы прислушиваться к себе и придумывать несуществующие симптомы.
Неврастенический	С такими пациентами следует вести диалог в формате «взрослый-взрослый». Раздражение пациента не должно вас задевать, не реагируйте на обвинения, не вступайте в дискуссию. Лучший метод – это согласиться с пациентом, а затем сменить русло беседы, дав ему рациональные рекомендации жестко и настойчиво.
Меланхолический	Такие люди нуждаются в беседе, в похвале за отдельные успехи в лечении. Малейшие знаки внимания, улыбка имеют для него большое значение.
Апатический	Придется взять инициативу в свои руки! По возможности контролируйте лечение таких больных самостоятельно, а также активно опирайтесь на поддержку родственников пациента.
Сенситивный	Вызывайте таких пациентов на разговор, расспрашивайте их, вселяйте уверенность в эффективность лечения.
Эгоцентрический	С одной стороны, вам нужно быть терпимым, с другой – проявлять твердость. Не допускайте, чтобы вами командовали, далеко не все прихоти пациента следует исполнять. Отношения с пациентом надо строить по типу «взрослый-взрослый».
Паранойальный	Избегайте оценочных суждений и «выключите» чувство юмора на время работы с таким пациентом. Откажитесь от назидательного тона.
Дисфорический	Важно выстроить официальные отношения пациентом по принципу «взрослый-взрослый». Возможно, стоит дать возможность пациенту избавиться от накопившейся агрессии и раздражения. Выслушайте его, игнорируя оскорбительный тон. Это снимет приступ агрессии и позволит выстроить рациональный диалог с пациентом.

Ни один тип общения не является универсальным. Искусство врача заключается в гибком использовании разных стилей: формально-ролевого - для рутины, делового - для построения партнерства, эмпатического - в моменты кризиса. Осознанное избегание манипулятивного и примитивного общения является основой не только профессиональной эффективности, но и медицинской этики. Развитие коммуникативных навыков - ключевой элемент в становлении врача, способного оказывать помощь, ориентированную не только на болезнь, но и на личность пациента [15].

Так как выделяют различные группы пациентов по типу восприятия информации, то врачу следует придерживаться некоторых советов для контакта с больным (таблица): Таким образом, знание типов общения и их особенностей повысит коммуникативную компетентность медицинского специалиста. Каждый из рассмотренных типов общения эффективен в конкретной ситуации в зависимости от коммуникативных намерений врача и индивидуально-личностных характеристик пациента, и только их грамотное сочетание позволит выбрать оптимальный способ взаимодействия с пациентом и избежать многих коммуникативных ошибок [16]. Владение навыками того или иного типа общения поможет врачу на практике реализовать пациенториентированный подход к процессу лечения, который в настоящее время представляется наиболее продуктивным, так как основывается на понимании биопсихосоциального характера заболевания [25].

Общие принципы построения общения врача с пациентами

В современной клинической практике все чаще возникают ситуации недопонимания между медицинскими работниками и пациентами. При этом именно качество взаимодействия и профессиональное отношение медика оказывают решающее влияние на психоэмоциональное состояние пациента, формируя атмосферу доверия и сотрудничества [17].

Попадание в медицинское учреждение связано для человека с изменением привычного жизненного стереотипа и нередко сопровождается чувством тревоги, страха и эмоциональной подавленности. В этой ситуации грамотно построенная беседа становится важным инструментом психологической поддержки и терапевтическим фактором [18].

Ключевые принципы эффективной коммуникации с пациентом.

1. Организационные условия:

- обеспечьте комфортные условия для беседы в отдельном помещении без постороннего шума;
- представьтесь и четко назовите свою должность и имя;
- гарантируйте конфиденциальность разговора.

2. Техники активного слушания:

- поддерживайте зрительный контакт, демонстрируя внимание и заинтересованность;
- используйте вербальные и невербальные сигналы (кивки, уместные междометия);

- избегайте прерывания пациента, давая возможность полностью выразить мысли;

- отмечайте несоответствия между вербальными и невербальными сигналами.

3. Эмоциональная поддержка:

- своевременно реагируйте на признаки тревоги и беспокойства;
- используйте социально приемлемые формы физического контакта (при необходимости);
- проявляйте эмпатию и понимание эмоционального состояния [19].

4. Информационное взаимодействие:

- излагайте информацию доступным языком, избегая профессионального жаргона;
- предоставляйте полную информацию о состоянии здоровья и планируемых вмешательствах;
- совместно принимайте решения о методах диагностики и лечения;
- поощряйте вопросы и уточнения.

5. Профессиональная этика:

- воздерживайтесь от обсуждения коллег и их назначений;
- соблюдайте конфиденциальность при общении с родственниками;
- мотивируйте пациента на здоровый образ жизни без назидательности;

6. Завершение беседы:

- резюмируйте ключевые моменты разговора;
- четко определите дальнейшие шаги и сроки следующего контакта;
- предоставьте возможность задать дополнительные вопросы;
- поблагодарите за уделенное время и сотрудничество [20].

Реализация этих принципов позволяет не только улучшить качество медицинской помощи, но и создать терапевтический альянс, основанный на взаимном уважении и доверии. Профессиональная коммуникация становится ключевым фактором, влияющим как на психологическое состояние пациента, так и на эффективность лечебного процесса [21].

Заключение

Коммуникативная связь врача и пациента в реалиях настоящего времени является ключевым моментом определяющим эффективность медицинской помощи. Профессиональная деятельность врача предполагает интенсивное и многоплановое взаимодействие с пациентами и их родственниками [22].

Способность к эффективному общению обеспечивает: достижение взаимопонимания и установление отношений доверия; повышение точности диагностики за счет получения полной информации; увеличение приверженности пациентов лечению; оптимизацию взаимодействия в медицинском коллективе и эффективное разрешение конфликтных ситуаций.

Развитие коммуникативной компетентности должно рассматриваться как обязательный компонент профессионального становления и непрерывного медицинского образования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психология: методологические основы и пути развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2021. Т.16. №1. С. 4-18.
2. *Блохин Б.М., Тимофеев Л.Ф.* Этические и коммуникативные аспекты взаимоотношений врача и пациента в эпоху цифровизации здравоохранения // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2021. №6. С. 11-17.
3. *Броневицкая А.А.* Особенности коммуникативных способностей у молодых людей с умственной отсталостью // Инновации. Наука. Образование. 2021. №34. С. 64-68.
4. *Исурина Г.Л., Кадиров И.М.* Групповая психотерапия в общей медицине: работа с пациентами с хроническими заболеваниями // Вестник психотерапии. 2020. №75. С. 51-68.
5. *Калитеевская Е.В., Менделевич В.Д.* Коммуникативные техники в практике врача: от базовых навыков к психотерапевтическим методам влияния // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т.32. №1. С. 77-83.
6. *Корицунов Н.И., Ялычева Н.В.* Ревматоидный артрит: оценка эффективности лечения // Научно-практическая ревматология. 2018. Т.56. №4. С. 455-460.
7. *Курпатов А.В.* Врач как коммуникатор: искусство объяснять, убеждать и поддерживать // Лечащий врач. 2021. № 5. С. 88-92.
8. *Билинский Е.А.* Этико-психологические аспекты общения врача с онкологическими больными // Язык. Общество. Медицина: Сб. материалов XIX Респ. студ. конф. с междунар. участием. Гродно, 14 ноября 2019 г. Гродно: ГрГМУ, 2020. С. 162-163.
9. *Куташов Д.В.* Общение «врач-пациент»: коммуникативные правила и распространенные ошибки // Язык. Общество. Медицина: Сб. материалов XXII Респ. студ. конф. с междунар. участием, Гродно, 24 нояб. 2022 г. Гродно: ГрГМУ, 2022. С. 108-110.
10. *Лебех И.* Эмоции в медицине и жизни // Медицинская психология: проблемы и перспективы: Сб. ст. по мат-лам междунар. науч.-практ. конф. СПб., 2021. С. 112-118.
11. *Арутюнян Л.Р., Мелкумян Г.А., Орлова Е.В.* Особенности общения врача с онкологическими больными // Молодежь, наука, медицина: Материалы 65-й Всерос. межвуз. студ. науч. конф. с междунар. участием. Тверь, 17-18 апр. 2019 г. Тверь: Тверская ГМА, 2019. С. 81-82.
12. *Мехди М., Шониа Е.Л.* Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра // Гуманитарные балканские исследования. 2021. Т.5. №2. С. 19-22.
13. *Миллер У.Р., Роллик С.* Мотивационное интервьюирование в здравоохранении: помощь пациентам в преодолении барьеров для изменения поведения / Пер. А.А.Аксёновой, Ю.В.Кравцовой; под науч. ред. П.В.Дмитриева. М.: Альпина Паблишер, 2022. 302 с.
14. *Петрова Н.Г.* Влияние пандемии COVID-19 на коммуникацию «врач-пациент»: переход к дистанционным форматам // Социологические исследования. 2022. №3. С. 78-89.
15. *Петрова Н.Э., Конорев Д.С.* Взаимодействие врача и пациента: модели и современные тенденции // Интегративные тенденции в медицине и образовании. 2024. Т.1. С. 108-114.
16. *Сандриков В.А., Шитова В.М.* Техника задавания вопросов как инструмент сбора анамнеза и построения терапевтического альянса // Медицинский совет. 2020. №16. С. 105-110.
17. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Смысл, 2020. 384 с.
18. *Талер Р., Санстайн К.* Nudge. Архитектура выбора: как улучшить наши решения о здоровье, благосостоянии и счастье. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2018. 259 с.
19. *Бернацкий А.С., Вагайцева М.В., Демин Е.В.* и др. Онкопсихология: Руководство для врачей-онкологов и медицинских психологов. СПб.: Вопросы онкологии, 2017. 350 с.
20. *Тарабрина Н.В., Азарков В.А.* Клинико-психологическая диагностика в соматической медицине: современные возможности и ограничения // Медицинская психология в России. 2023. Т.15. №1. С. 1-15.
21. *Фанталова Е.Б., Плаксина Н.В.* Мотивационное интервьюирование в медицине: повышение приверженности лечению (обзор зарубежных исследований) // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т.30. №1. С. 84-90.
22. *Хабуллина Г.Р., Гнездилов Д.В.* Протокол SPIKES: алгоритм сообщения тяжелых новостей пациентам в паллиативной помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. 2020. №1. С. 67-73.
23. *Becker M.H., Maiman L.A.* Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations // Medical Care. 2020. V.13. No.1. P. 10-24;
24. *Festinger L.* A Theory of Cognitive Dissonance. California: Stanford University Press, 2023. 291 p.
25. *Heider F.* The Psychology of Interpersonal Relations. New York: John Wiley & Sons, 2021. 322 p.

REFERENCES

1. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Medical Psychology: Methodological Foundations and Development Paths. *Vestnik Sankt-Petersburgskogo Universiteta. Meditsina* = Bulletin of St. Petersburg University. Medicine. 2021;16;1:4-18 (In Russ.).
2. Blokhin B.M., Timofeyev L.F. Ethical and Communicative Aspects of doctor-patient Relationships in the Era of Digitalization of Healthcare. *Vestnik Rossiyskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta* = Bulletin of the Russian State Medical University. 2021;6:11-17 (In Russ.).
3. Bronevitskaya A.A. Features of Communication Skills in Young People with Mental Retardation. *Innovatsii. Nauka. Obrazovaniye* = Innovations. Science. Education. 2021;34:64-68 (In Russ.).
4. Isurina G.L., Kadyrov I.M. Group Psychotherapy in General Medicine: Working with Patients with Chronic Diseases. *Vestnik Psikhoterapii* = Bulletin of Psychotherapy. 2020;75:51-68 (In Russ.).
5. Kaliteyevskaya Ye.V., Mendelevich V.D. Communication Techniques in Medical Practice: from Basic Skills to Psychotherapeutic Methods of Influence. *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhatriya* = Social and Clinical Psychiatry. 2022;32;1:77-83 (In Russ.).
6. Korshunov N.I., Yal'tseva N.V. Rheumatoid Arthritis: Evaluation of Treatment Effectiveness. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya* = Rheumatology Science and Practice. 2018;56;4:455-460 (In Russ.).
7. Kurpatov A.V. Doctor as a Communicator: the Art of Explaining, Convincing and Supporting. *Lechashchiy Vrach* = Attending Physician. 2021;5:88-92 (In Russ.).
8. Bilinskiy Ye.A. Ethical and Psychological Aspects of Communication between Physician and Cancer Patients. *Yazyk. Obshchestvo. Meditsina* = Language. Society. Medicine. Proceedings of the XIX Republican. Student Conference with International Participation. Grodno, November 14, 2019. Grodno, Grodnenskiy Gosudarstvennyy Meditsinskiy Universitet Publ., 2020. P. 162-163 (In Russ.).
9. Kutashov D.V. Communication «Doctor-Patient»: Communicative Rules and Common Mistakes. *Yazyk. Obshchestvo. Meditsina* = Language. Society. Medicine. Proceedings of the XXII Republican. Student Conference with International Participation. Grodno, November 24, 2022. Grodno, Grodnenskiy Gosudarstvennyy Meditsinskiy Universitet Publ., 2022. P. 108-110 (In Russ.).
10. Lebekh I. Emotions in Medicine and Life. *Meditsinskaya Psikhologiya: Problemy i Perspektivy* = Medical Psychology: Problems and Prospects. Collection of Articles Based on the Materials of the International Scientific and Practical Conference. St. Petersburg Publ., 2021. P. 112-118 (In Russ.).
11. Arutyunyan L.R., Melkumyan G.A., Orlova Ye.V. Features of Communication between a Physician and Cancer Patients. *Molodezh', Nauka, Meditsina* = Youth, Science, Medicine. Proceedings of the 65th All-Russian Interuniversity Student Scientific Conference with International Participation. Tver, April 17-18, 2019. Tver, Tverskaya Gosudarstvennaya Meditsinskaya Akademiya Publ., 2019. P. 81-82 (In Russ.).
12. Mekhd M., Shopsha Ye.L. Medical Aspects of Supporting Children with Autism Spectrum Disorders. *Gumanitarnyye Balkanskiye Issledovaniya* = Humanitarian Balkan Research 2021;5;2:19-22 (In Russ.).
13. Miller U.R., Rollnik S. *Motivatsionnoye Interv'yuirovaniye v Zdravookhraneni: Pomoshch' Patsiyentam v Preodolenii Bar'yerov dlya Izmeneniya Povedeniya* = Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Overcome Barriers to Behavior Change. Ed. P.V.Dmitriyev. Moscow, Al'pina Publisher Publ., 2022. 302 c. (In

- Russ.).
14. Petrova N.G. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Doctor-Patient Communication: Transition to Remote Formats. *Sotsiologicheskiye Issledovaniya* = Sociological Research. 2022;3:78–89 (In Russ.).
 15. Petrova N.E., Konorev D.S. Interaction between Doctor and Patient: Models and Modern Trends. *Integrativnyye Tendentsii v Meditsine i Obrazovanii* = Integrative Trends in Medicine and Education. 2024;1:108–114 (In Russ.).
 16. Sandrikov V.A., Shipova V.M. Questioning Technique as a Tool for Collecting Anamnesis and Building a Therapeutic Alliance. *Meditsinskiy Sovet* = Medical Council. 2020;16:105–110 (In Russ.).
 17. Sokolova Ye.T., Nikolayeva V.V. *Osobennosti Lichnosti pri Pogranichnykh Rasstroystvakh i Somaticheskikh Zabolevaniyakh* = Personality Traits in Borderline Disorders and Somatic Diseases. Moscow, Smysl Publ., 2020. 384 p. (In Russ.).
 18. Taler R., Sansteyn K. *Nudge. Arkhitektura Vybora: kak Uluchshat' Nashi Resheniya o Zdorov'ye, Blagosostoyanii i Schast'ye* = Nudge. The Architecture of Choice: How to Improve our Decisions about Health, Well-Being, and Happiness. Moscow, Mann, Ivanov i Ferber Publ., 2018. 259 p. (In Russ.).
 19. Bernatskiy A.S., Vagaytseva M.V., Demin Ye.V., et al. *Onkopсихология: Rukovodstvo dlya Vrachey-Onkologov i Meditsinskikh Psikhologov* = Oncopsychology: a Guide for Oncologists and Medical Psychologists: a Guide. St. Petersburg, Voprosy Onkologii Publ., 2017. 350 p. (In Russ.).
 20. Tarabrina N.V., Agarkov V.A. Clinical and Psychological Diagnostics in Somatic Medicine: Modern Possibilities and Limitations. *Meditsinskaya Psikhologiya v Rossii* = Medical Psychology in Russia. 2023;15;1:1–15 (In Russ.).
 21. Fantalova Ye.B., Plaksina N.V. Motivational Interviewing in Medicine: Increasing Treatment Adherence (Review of Foreign Studies). *Sotsial'naya i Klinicheskaya Psikhatriya* = Social and Clinical Psychiatry. 2020;30;1:84–90 (In Russ.).
 22. Khaibullina G.R., Gnezdilov D.V. SPIKES Protocol: an Algorithm for Communicating Difficult News to Patients in Palliative Care. *Palliativnaya Meditsina i Reabilitatsiya* = Palliative Medicine and Rehabilitation. 2020;1:67–73 (In Russ.).
 23. Becker M.H., Maiman L.A. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 2020;13;1:10–24.
 24. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. California, Stanford University Press, 2023. 291 p.
 25. Heider F. *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons, 2021. 322 p.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Участие авторов. Статья подготовлена с равным участием авторов.
Поступила: 18.12.2025. **Принята к публикации:** 20.01.2026.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.
Financing. The study had no sponsorship.
Contribution. Article was prepared with equal participation of the authors.
Article received: 18.12.2025. **Accepted for publication:** 20.01.2026